Rok XXIX. Kraków, 2 Sierpnia 1890. Nr. 31.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Ostateczne wyniki po podwiązaniu tętnic tarczykowych z powodu wola.

Podał

Prof. L. Rydygier.

Uznając ważność sposobu na nowo przez Wölfiera zaleconego leczenia wola za pomocą podwiązania tętnic tarczykowych starałem się przez zebranie większéj ilości przypadków przekonać się o wynikach téj operacyi, a szczególnie o jéj bliższych wskazaniach, wobec których mianowicie wolów można ją zalecić, wobec których zaś usług pożądanych nie oddaje. W przeciągu 2 lat operowałem w méj klinice 21 przypadków, a asystent Dr. Rościszewski starał się o skutkach téj operacyi po dłuższym czasie się dowiedzieć.

Słusznem jest, że pomimo zalecania Billrotha[1]) stosunkowo mało uwagi ta operacyja na siebie zwróciła, przynajmniéj w literaturze mało znajduję o niéj wiadomości.

Po Wölflerze[2]) opisał 2 przypadki Obaliński[3]): w pierwszym podwiązał tętnice tarczykowe po jednéj stronie, w drugim po obu wszystkie cztery. Skutek był dobry, dolegliwości ustąpiły, a obwód szyi zmniejszył się w przeciągu miesiąca o 3 ctm.

Billroth (l. c.) opisał 4 przypadki: w pierwszym podwiązał tylko obie tętnice tarczykowe dolne. Skutek z początku był dobry, lecz tylko chwilowo. Po 2 miesiącach był wól tak duży, jak przed operacyją i musiano go wyłuszczyć. W drugim przypadku podwiązano najpierw obie tętnice tarczykowe dolne i górną lewą, górną zaś prawą w 14 dni później. W dwa miesiące późniéj obwód był znacznie zmniejszony, oddech wcale nieutrudniony. W 3 i 4 przypadku podwiązano wszystkie 4 tętnice na jednem posiedzeniu, w 3 przypadku zanikł wól prawie zupełnie po 28 dniach, czwarty przypadek był jeszcze w obserwacyi.

[1]) *Ueber die Ligatur der Schilddrüsenarterien behufs Einleitung der Atrophie von Kröpfen. Wien. klin. W.* 1888, Nr. 1. — [2]) *Die operative Behandlung des Kropfes durch Unterbindung der zuführenden Arterien. W. med. Woch.* 1886, Nr. 29 i 30. — [3]) Przyczynek do kazuistyki nowoczesnych operacyj wola. *Przegl. Lek.* 1887, Nr. 27 i 28.

Matlakowski[1]) opisał 3 przypadki, w których podwiązał wszystkie 4 tętnice tarczykowe: o pierwszym z nich dowiedział się po roku od lekarza, że się ma zupełnie dobrze, jednakowoż bez podania obwodu szyi. Dwa inne przypadki były tylko przez krótki czas w obserwacyi, wynik ich więc ostateczny nie jest znany.

Tak więc razem znanych jest dotąd 11 przypadków, w mojéj zaś klinice operowano 21.

Z tych 21 tylko w pierwszym przypadku podwiązano tętnice po jednéj stronie, w pozostałych 20 podwiązano wszystkie 4 tętnice. Pierwsze 12 przypadków już pierwéj sam[2]) opisałem, następnych siedm opisał Dr. Rościszewski[3]), od tego zaś czasu przybyły nam jeszcze 2 przypadki. Na końcu podam krótki spis tych wszystkich przypadków, teraz chciałbym tylko dodać, że w pierwszych 14 przypadkach podwiązywałem tętnicę tarczykową dolną według metody Drobnika[4]), w następnych według méj własnéj[5]). Także dzisiaj mogę tylko potwierdzić, że sposobem moim można tętnicę łatwo i na pewno znaleźć, blizny zaś pozostałe są nieznaczne i dają się łatwo ubraniem przykryć. Podwiązywałem zawsze tętnicę podwójnie i przecinałem pomiędzy podwiązkami i już drugi raz nigdy mi się tętnica nie zerwała.

Na podstawie tego dość stosunkowo licznego materyjału przyszedłem do następującego przekonania co się tyczy wartości téj operacyi: Jednostronne podwiązanie tętnic uważam za niepewne i niewystarczające pomimo dobrych wyników, jakie otrzymali Porta i Wölfler. Chociaż bowiem w prawidłowym gruczole tarczykowym jest komunikacyja naczyniowa między jedną a drugą połową bardzo nieznaczna, to jednak przy powiększonym jest dostatecznie wielką,

[1]) Trzy przypadki podwiązania tętnic tarczykowych, dokonanego przy wolu sposobem Drobnika. *Gaz. Lek.* 89, Nr. 18. — [2]) *Zur Behandlung des Kropfes durch Unterbindung der zuführenden Arterien. Wien. med. Woch.* 1888, Nr. 49 i 50. — [3]) Wynik leczenia 19 przypadków wola za pomocą podwiązania tętnic tarczykowych. *Nowiny Lek.* 1890, Nr. 2. — [4]) *Die Unterbindung der art. thyr. inf. W. med. Woch.* 1887, Nr. 3. — [5]) *Zur Operationstechnik bei der Unterbindung der art. thyr. inf. Centralbl. f. Chir.* 1889, Nr. 14.

żeby się krążenie uboczne prędko wytworzyło i zaniknąć wolowi nie pozwoliło. Przytem i obawa, która przedtem się nasuwała, żeby po podwiązaniu wszystkich 4 tętnic nie nastąpiło nagłe obumarcie całego gruczołu, została usuniętą przez doświadczenie. Liczne mniejsze tętnice (*art. crico thyr.* i przełykowe) wystarczają, żeby temu zapobiedz. Jeszcze mniéj można się spodziewać pomyślnego skutku po podwiązaniu obu tętnic tarczykowych górnych lub dolnych. Połączenia pomiędzy tętnicami górnemi a dolnemi są tak liczne, że już z góry nie można było sobie korzystnych skutków po tem obiecywać, a przypadek Billrotha praktycznie to udowodnił. Również nie mogę się zgodzić z Rocherem [1]), który w pewnych wyjątkowych przypadkach, w których w ogóle zgadza się na leczenie za pomocą podwiązania tętnic, proponuje, żeby tętnice podwiązać najpierw po jednéj stronie, a dopiero potem, gdyby to nie wystarczyło, podwiązać i po drugiéj. Przez ten czas bowiem wyrobiłoby się tak silne krążenie uboczne, żeby się po następowem podwiązaniu tętnic drugiéj strony żadnego skutku spodziewać nie można. Przyczyna, dla któréj Kocher to radzi, jest także o ile sądzę, niesłuszną; boi się mianowicie po zupełnem podwiązaniu wszystkich tętnic chorób następowych, tak jak po wycięciu wola. W przypadkach dotąd operowanych nigdy tego nie zauważyłem, a obserwowałem niektóre z nich przez 2 lata i dłużéj. Także i z teoretycznych względów nie potrzeba się po podwiązaniu tak dalece tego obawiać, jak po wycięciu całkowitem. Najpierw bowiem zmniejsza się wól po podwiązaniu powoli, a potem nigdy zupełnie nie zanika, a w każdym razie przynajmniéj tyle tkanki gruczołowéj pozostanie, co po obustronnéj resekcyi wola. Nawet w tym naszym przypadku, który zupełnie wyleczony został, tak, że byłoby pacyjenta nawet do wojska wzięto, można było przy dokładnem badaniu resztę gruczołu wyczuć.

Jednoczesne podwiązanie wszystkich 4 tętnic nie we wszystkich postaciach wola się zaleca. Wobec *struma fibrosa* z góry się dobrego skutku spodziewać nie można, boć podwiązanie ma właśnie w ten sposób działać, jak Wölfler obszerniéj tłomaczy, że wskutek złego odżywienia następuje nekrobijoza i wessanie tkanki, a na jéj miejsce powstaje utkanie bliznowate; jeżeli więc wól już się składa z téj tkanki, to podwiązanie tętnic pozostaje bez skutku.

Tak samo nie można się spodziewać dobrego wyniku wobec *struma cystica*. Billroth wprawdzie pozostawia jeszcze jako nierozstrzygnięte, czy po podwiązaniu nie mogą torbiele zanikać, nasze przypadki jednak dowodzą, że nie zanikają; w jednym przypadku byłem zmuszony następnie torbiel wyłuszczyć. A nawet zauważyliśmy po podwiązaniu tętnic dla wielkiéj *struma gelatinosa*, że w zmniejszonych płatach można było wykazać torbiele, których przedtem wykazać nie było można, tak, że jest prawdopodobnem, że dopiero po podwiązaniu powstały.

Przy *struma gelatinosa* miało podwiązanie ten skutek, że nawet przy największych podmiotowe dolegliwości, jak trudność w oddechaniu, zaraz ustawały. Co się tyczy zmniejszania się wolów, to było ono znaczniejsze przy mniejszych wolach, nieznaczne zaś przy wielkich. Wytłomaczyć sobie to można najłatwiéj w ten sposób, że w większych wolach była tkanka już też i więcéj klejowato zwyrodniała, w mniejszych zaś normalna, więc szybciéj i znaczniéj zanikała. To też we większych wolach klejowatych i wynik kosmetyczny nie był zbyt świetny, tak, że w jednym przypadku musiałem wól następnie resekować, w drugim zaś wyłuszczyć późniéj wybadany torbiel. Najlepszy wynik dawały małe, świeżo powstałe wole miąższowe (*str. parenchymatosa*), prawdopodobnie dla tego, że tkanka w nich nie była jeszcze zwyrodniałą. Pomiędzy temi zaś najlepsze wyniki dały wole silnie unaczynione. (Dok. nast.)

[1]) *Bericht über weitere 250 Kropfextirpationen. Corrsp. Blatt f. schweiz. Aerzte.* XIX Jahrg. 1889.

II. Z kazuistyki chorób moczopłciowych.

Podał
Dr. M. Misiewicz w Łodzi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

Nie inaczéj się dzieje w gruźlicy gruczołu krokowego. Weigert (*Arch. f. pathol. Anat.*, Bd. CVIII., Hf. 2) znajdował tu gruzełki bardzo często w płacie średnim lub bocznym lewym. Sieć żylna tego gruczołu jest dosyć obfita, a zastoje żylne, wskutek samego położenia anatomicznego, łatwo występują. W przypadku tego autora lewy zraz był czerwonawo-sinym, znacznie powiększonéj objętości, istota korowa obydwóch zrazów rozszerzona i żółtawa (*hypertrophia compensatoria).* Na przecięciu lewgo zraza, w miejscu zlania się jego z *lobus Home*, znaleziono na naczyńkach drobne ziarnkowate twory, a w miąższu guzik serowaty, ginący na bł. wewnętrznéj jednéj z żyłek. Cały lewy zraz miał kształt gruszki, na przecięciu nie przedstawiał widocznych zmian w budowie, lecz po umieszczeniu go na kilka godzin w alkoholu, znaleziono przy dalszem poszukiwaniu w końcu jego węższym żółte serowate ognisko wielkości ziarna grochu, a brzeg jego dotykał również naczyńka żylnego. Badanie drobnowidowe wykazało zrost tego guzka ze ścianką wspomnianego naczyńka, a budowę jednoimienną z t. z. gruzełkami samotnemi (*Solitärtuberkel)* Klebsa. Badanie wykazało obecność licznych prątków gruźliczych.

Dla uzasadnienia tych danych pozostaje nam jeszcze rozpatrzenie się w stosunkach anatomicznych gruczołu krokowego. Otoczony grubą włóknistą otoczką, pochodzącą z *fascia pelvis*, a po części z *fascia perinei profunda* (Retzius) utrzymuje się w stałem położeniu i wskutek powyższych niepodatnych rozścięgnień, nie podlega znacznym obrzękom. Pojedyncze zraziki z budową przypominającą torebki śluzowe, zawarte są w przegrodach, zbudowanych z tkanki łącznéj i z bardzo licznych i dosyć silnych włókien mięśniowych (Kölliker, Thompson) tak, iż po części słusznie gruczoł ten uważają za organ mięśniowy, choć zadaniem jego jest wytwarzanie płynu *(liquor prostaticus)* wydzielającego się odnośnemi przewodami do cewki, w okręgu wzgórka nasiennego, niedaleko otworu przewodu wytryskowego. Gruczoł krokowy uważać więc należy za narząd płciowy, a płyn przez niego wydzielany jest niezbędnym do rozpłodu, bierze jednak udział we wszelkich zboczeniach narządu moczowego; wpływa tak na wytworzenie i wydalanie płynu nasiennego, jako też na wydalanie moczu, gdyż ściśle jest spojony z szyją pęcherza moczowego. Jako bardzo ważny narząd ustrojowy jest też odpowiednio unaczyniony, otrzymuje liczne gałązki tętnicze od obydwóch tętnic pęcherzowych i od tętnicy sromnéj wspólnéj, a jeszcze liczniejszą sieć żylną od jednoimiennych żył *(v. vesic. med. et inf., vena pudenda comm.)*; prócz tego, zaraz pod otoczką pokryty jest gęstym splotem żylnym, pochodzącym od *v. haemorrh. media.* Żyły tworzą siatkę nietylko na powierzchni gruczołu, ale i w głębi i każdy ze zrazików, a nawet każda torebka otoczoną jest krętemi żyłkami, licznie rozgałęzionemi. Mamy tu więc znowu nietylko

możność nagromadzenia się większéj ilości krwi żylnéj, ale i zwolnienie krwi obiegu, a sprawa stanie się jeszcze łatwiejszą do zrozumienia, gdy sobie przypomnimy łączność z *v. haemorrhoid.*, ciągłe w niéj zastoje itd.

Nie inne też są stosunki i w budowie cewki: pokryta trzema ciałami jamistemi, dwoma należącemi do prącia, a jednem do cewki, z których każde pokryte luźną otoczką tkanki łącznéj, podzielona jest przez tę ostatnią na przegrody, oddzielające pojedyncze zraziki ciała jamistego. Te ostatnie opatrzone są warstwą włókien sprężystych, pokrywającą też żołędź i kończącą się na zewnętrznem ujściu cewki. Warstwa ta pokryta jest warstwą brodawkowatą i cienką siecią Malpighiego. Już w gruczołkach Tisona i w dołku wieńcowym dostrzedz się dają liczne zagłębienia i kieszonki, łączące się z naczyniami chłonnemi i licznemi naczyńkami krwionośnemi otoczone. W skórze właściwéj prącia znajdujemy liczne naczyńka widełkowato-rozgałęzione, kolisto około każdéj brodawki skórnéj, około gruczołów Tisona łojowych i potowych przebiegające i wpadające wreszcie do jam żylnych ciała jamistego, a to za pomocą żyłek świderkowato w głąb podążających. Na preparatach nastrzykniętych błękitem berlińskim i klejem karminowym widzimy, iż naczynia żylne wychodzące z ciał jamistych idą do tkanki łącznéj, podścielającéj błonę śluzową cewki i rozgałęziają się w postaci jodłowatéj, a odnogi te idą równolegle z cewką i posiadają przebieg kręty. Na błonie śluzowéj naczyńka żylne tworzą gęste siatkowate pętlice, około brodawek gruczołków śluzowych, torebek limfatycznych i wywodów śluzowych zatok Morgagniego. Sieć ta jest nadzwyczaj gęstą w kilku szczególniéj miejscach cewki to jest w otworach gruczołów Cowpera, przewodu gruczołu krokowego, w otworach wytryskowych i w wielu miejscach części krokowéj cewki, w bliskości *caput gallinaginis*. Każde więc dłuższe zatrzymanie moczu, forsowne spółkowanie lub długie naprężenie prącia, jako też zastoje żylne w kiszce prostéj i sąsiednich narządach, powstające po zaparciu stolca, zbytkach płciowych, a nawet po długiem leżeniu już mogą zmienić krążenie krwi w cewce, wywołać zastój żylny i ułatwić wydzielenie się ze krwi pierwiastków chorobotwórczych. Wogóle rozmnażanie się gruzełków w ustroju jest dotychczas mało wyjaśnionem i przedstawia wiele trudności, co przyjąć w danym razie za objaw pierwotny lub wtóry. Przypadki zapaleń gruźliczych osierdzia bez zajęcia sprawą gruźliczą gruczołów tchawicy i oskrzelowych lub gruźlicy opłucnéj bez zmian w płucach, nierzadko spotykane i opisywane, są w stanie przekonać nas o braku dokładnych podstaw, na których moglibyśmy oprzeć nasze rozpoznanie. Rozwój samodzielnéj gruźlicy cewki jest również trudnym do objaśnienia, gdyż tu prócz możliwości przeniesienia zarazka na drodze obiegu krwi, istnieje jeszcze możliwość bezpośredniego wprowadzenia zarazka przez obcowanie z kobietą, u któréj wykażemy obecność gruźlicy macicznéj. Nikt już dziś nie wątpi o przenoszeniu się zarazka z gruczołów chłonnych szyi do płuc; Fargan wykazał, że blizny i resztki mas serowatych, powstałe po rozpadnięciu tychże gruczołów (*Arch. gener. de Medic.*, 1886), są niewinnemi u dzieci i dowiódł, iż istnieje odwrotny stosunek u dorosłych t. j., że u pierwszych zajęcie płuc nie ma miejsca, u drugich zaś sprawa rozszerza się w kierunku płuc i narządów klatki piersiowéj, najczęściéj zajmuje wierzchołki płuc i ma wielką skłonność do uogólnienia się i rozprzestrzenienia w ustroju.

Cohnheim stwierdził możliwość dostania się drobnoustrojów przez jamę ustną tak w gruźlicy krtani i przełyku, jakoteż i w gruźlicy trzew; dla czegóżbyśmy nie mogli przypuścić, iż może to mieć miejsce i przez cewkę, do któréj nieraz dostają się produkty macicy, krew i wydzieliny chorobowe osób gruźliczych, ropa z przewodów Falopa, jajników itd. Co się tyczy jąder, to wiadomem jest łatwe przenoszenie się ropy rzeżączkowéj i takież zapalenie jąder, nie potrzeba więc dowodzić, iż na téjże drodze przenieść się może zarazek gruźlicy z cewki do jąder. W ten sposób powstać więc mogą niektóre postacie gruźlicy gruczołu krokowego, pęcherzyków nasiennych i cewki. Rozumie się, iż na téj drodze zarazek może ominąć ten lub ów narząd i sprawa może się rozwinąć n. p. w jądrze z ominięciem cewki, lub przejść na cewkę i gruczoł krokowy, z ominięciem jądra.

Spostrzeżenia autora czynione na kilkunastu chorych przekonały, iż bardzo często zarażenie cewki nastąpiło bezpośrednio z organów płciowych kobiety, w dwóch przypadkach udało mi się stwierdzić gruźlicę macicy i przewodów Falopii, a w trzech innych gruźlicę jajników, która potem rozszerzyła się w jednym przypadku na otrzewną, a w dwóch innych skończyła się gruźlicą płuc i trzew. Moglibyśmy tu zapytać dla czego gruzełki nie rozwinęły się na prąciu lub żołędzi lub w dołku łódkowatym. Ja sądzę, iż gruźlica rozwija się dlatego głębiéj, że prątki gruźlicze nie mogą się rozwinąć w tych miejscach z powodu grubości nabłonka i braku gruntu odżywczego, którym jest surowica krwi; potrzebaby więc silnego zdrapania i poranienia skóry, co rzadko ma miejsce przy spółkowaniu; a że to byłoby możliwem, dowodzi przypadek Elsenberga (*Gaz. Lek.*, 1885), że przy obrzezaniu dziecka żydowskiego nastąpiło zarażenie gruźlicą wskutek wyssania krwi ustami przez osobę zarażoną gruźlicą. W głębszych odcinkach cewki znajdujemy wygodniejsze warunki dla rozwoju drobnych ustrojów, a zastoje żylne i łatwość wysięku surowiczego ułatwiają rozmnożenie się i odżywianie takowych na delikatnéj i cienkiéj siatce błony śluzowéj, opatrzonéj licznemi otworami limfatycznemi.

Dla ostatecznego stwierdzenia téj możliwości wykonałem szereg szczepień w lecie 1886 r., aby doświadczalnie stwierdzić możliwość zarażenia gruźlicą przez zewnętrzne narządy płciowe. W tym celu zastrzykiwałem przesącz produktów gruźliczych do cewki i pochwy królikom i świnkom morskim. Z sześciu zwierząt wziętych do doświadczenia tylko u dwóch otrzymałem wynik ujemny, podczas gdy u innych, u których za pomocą wyjałowionéj szczotki udało się wywołać przekrwienie na błonach śluzowych, przeznaczonych do zaszczepienia jadu gruźliczego, wykryłem zmiany gruźlicze po upływie 3 do 5 miesięcy, w pęcherzu, gruczołach pachwinowych i raz w moczowodzie. Sprawa gruźlicza odznaczała się różnem natężeniem i ograniczała się czasami do zajęcia gruczołów zaotrzewnowych. Najwydatniejsze jednak objawy znalazłem u jednego samca morskiéj świnki, który zdechł w 5 miesięcy po zaszczepieniu śród objawów ogólnéj gruźlicy. Na prąciu rozwinęły się dwa wrzody drążące, które pierwotnie przedstawiały się w postaci guzków, następnie podległy przerodzeniu serowatemu. Prócz tego znalazłem drobne gruzełki w cewce i pęcherzu, również podległe zserowaceniu, a także ogniska gruźlicze w gruczołach kreskowych, jako też chłonnych w pachwinie i na lędźwiach. Nerki jednak wolne były od zmian gruźliczych. Badanie drobnowidowe mas serowatych i skrawków tkanek zarażonych wykazało obecność bardzo licznych kolonij prątków gruźliczych,

przedewszystkiem w tak nazwanych komórkach olbrzymich, Hodowla, wykonana w płynie Pasteura, przy cieplocie stałej 38° C. dała mi po upływie 18 dni kolonije, która doszła do *maximum* rozwoju w 4 tygodniu. Delikatne półkoliste łuski pozlewały się z sobą tworząc jedną szarawą błonkę, łatwo spłókać się dającą i otoczoną licznemi delikatnemi biało matowemi punktami. Hodowla mas serowatych wziętych z gruczołu zaotrzewnowego na agar-agarze, kartoflu i żelatynie dala wynik ujemny. Łuski powyższe składały się z licznych, esowato zgiętych linij, utworzonych z prątków gruźliczych, czasem opatrzonych zarodnikiem, cienkich, drobnych, na biegunach lekko zgiętych, 2—5 μ. długości, a szerokości nie przekraczającéj ¼ ciałka krwi.

Co do pochodzenia gruźlicy nerek, to Barthels (*Handb. d. Krankh. d. Harnappar.*, Leipzig, 1875, 2 Heft, p. 42) przestrzegał już, aby w każdym przypadku, w którym skonstatowano chorobę nerek, badać dokładnie gruczoł krokowy i jeśli znajdziemy przerost jego w postaci guza nierównego, kanciastego, zlekka chełbocącego, z uwydatnieniem zrazu średniego, to upoważnieni jesteśmy do prawdopodobnego rozpoznania gruźlicy nerki, obok innych wskazówek (ropy, krwi, mas serowatych), za tą chorobą przemawiających. O ile gruczoł krokowy jest w tym razie decydującym, o tyle też ważnem jest wczesne rozpoznanie gruźlicy jąder lub blizn, pozostałych po ich wyłuszczeniu.

III. Oceny i sprawozdania.

Wysoko usadowiony rak odbytnicy. — Operacyja podług Kraskego z zastosowaniem pierwotnego obwodowego szwu kiszkowego. — Wyleczenie.

Z kazuistyki krajowego szpitala w Czerniowcach, wraz z ogólnemi uwagami nad metodami operacyi raka odbitnicy,

skreślił

Dr. Włodzimierz Załoziecki,

Prymaryjusz oddziału chirurgicznego tegoż szpitala.

(Podług odczytu mianego w Towarzystwie lekarzy Bukowińskich dnia 29 Marca b. r.

(Dok. Patrz Nr. 30).

Podaję teraz do wiadomości historyję choroby i przebieg operacyi mego przypadku, który w rzędzie trzech pomyślnych przypadków z założeniem pierwotnega zupełnego szwu kiszkowego, czwarte zajmuje miejsce; nadmieniając zarazem, iż możliwe publikacyje po pracy Hochenegga nie były mi dostępne i dlatego takowych uwzględnić nie mogłem.

Pani P. J., licząca 26 lat z Sadagóry na Bukowinie, smukłej budowy i o słabo rozwiniętéj muskulaturze, dziedzicznie nie obciążona żadną chorobą. Pierwsza menstruacyja pojawiła się w 15 roku życia, od lat czterech wyszła za mąż i prócz guzów krwawieńcowych, które pojawiły się u niéj przed półtrzecia rokiem bezpośrednio po porodzie, była aż do r. 1889 całkowicie zdrowa. W lecie ubiegłego roku pojawiło się u pacyjentki uporczywe zaparcie stolca, które cierpienie hemoroidalne znacznie pogorszyło i dało powód do peryjodycznych krwotoków. Przed trzema miesiącami przyłączyły się do tego silne bóle w krzyżach, a dolegliwości przy oddawaniu stolca zwiększyły się do tego stopnia, iż chora mimo używania środków przeczyszczających i irygacyi oddawała tylko małe bardzo ilości kału i bardzo często wśród znacznych bólów musiała się na ustęp udawać. W połowie miesiąca września spostrzegła pacyjentka, iż że stolcem wydziela się krew i ropa i od tego czasu uczuwa silne na boki rozpromieniające się bóle w krzyżach, przyczem apetyt i siły opuściły ją zupełnie. Dnia 10 listopada 1889 wezwała mnie chora poraz pierwszy do siebie, w którem to dniu znalazłem następujący *status praesens*: chora wychudzona, o ziemistobladéj skórze, serce i płuca zdrowe, brzuch miernie wzdęty, w okolicy *coecum* dają się wyczuć wyraźnie *scybala*, tętno i ciepłota ciała normalne. Badanie *per rectum* wykazuje na 3 centimetry ponad żwieraczem twardą masę w kiszce, któréj tylna część w postaci szerokiego guza o gronowatéj powierzchni do światła kiszki wystaje, przednia zaś część przedstawia na wpół owrzodzony pierścień wysokości około 5-ciu centimetrów, przez który palec wskazujący z łatwością daje się wprowadzić. Górna część nowotworu daje się głęboko wprowadzonym palcem dosięgnąć, przyczem wysokość nowotworu mniéj lub więcéj na 7 centm. ocenić można. Kał twardy odchodzi w małych kulistych kawałkach i jest stale zmięszany z krwią i ropą, przyczem tylko przy silnem parciu ze strony choréj wydalić się daje. Silne bóle, które wystąpiły z początkiem choroby, zmniejszyły się według podania choréj od 14 dni. Gruczoły pachwinowe nie obrzmiałe, chora usposobienia płaczliwego, zrozpaczona i bardzo osłabiona. Wobec tych objawów nie ulegało najmniejszéj wątpliwości, że chora dotknięta jest rakiem odbytnicy i że przypadek nadaje się całkowicie do radykalnéj operacyi podług Kraskego. Pacyjentka zdecydowała się natychmiast na zabieg operacyjny i została dnia 17 listopada przyjęta do szpitala krajowego w Czerniowcach, gdzie najpierw przedsięwzięto stastaranną kuracyję wstępną. Przez dziesięć dni z rzędu podawano codziennie rano łyżkę oleju rącznikowego, wieczór irygacyją odbytnicy, dyjetę skąpą i kąpiel co drugi dzień. Gdy w ten sposób uzyskałem dokładne wypróżnienie kiszki, przystąpiłem dnia 27 listopada do operacyi.

Chorą ułożono po głębokiéj narkozie na lewy bok po zgięciu nóg w stawie biodrowym i kolanowym. To ułożenie chorych poleca Hochenegg, a ma ono tę wyższość nad pierwotnie przez Kraskego poleconem ułożeniem na bok prawy, iż cała operacyja aż do jéj ukończenia całkowitego dają się w tem położeniu doprowadzić, podczas gdy Kraske zmuszony jest celem przedsięwzięcia następowych aktów operacyi ułożyć chorego jak do cięcia pęcherza z wysoko podniesioną miednicą, co oczywiście wielce uciążliwem się staje. Również cięcie skórne zrobiłem za radą Hochenegga nie tuż w linii środkowéj kości krzyżowéj, jakto zaleca Kraske, lecz łukowato od środka *synchrondrosis sacro-iliaca* aż do bocznego brzegu prawego kości ogonowéj, przyczem od razu cięcie poprowadziłem aż do kości. W głęboko stąd powstałą ranę wprowadzono dwa szerokie tępe haki, a silnem odciąganiem obu brzegów rany uzyskało się możność odpreparowania, tuż przy saméj kości, lewéj połowy kości krzyżowéj, całéj kości ogonowéj i środkowéj części lewych więzadeł. Następnie okrojono kość ogonową i uwolniono po obu bokach od części miękkich, poczem po oddzieleniu *symphysis sacrococcygea* zupełnie ją usunięto. Oddalenie kości ogonowéj wystarcza w wielu przypadkach całkowicie, aby uzyskać dostęp do choréj części kiszki, w moim jednak przypadku z powodu wysokiéj lokalizacyi tumoru nie miało to miejsca i z tego powodu byłem zmuszony przystąpić do resekcyi kości krzyżowéj. W tym celu przeciąłem lewe więzadła kości krzyżowéj, oddzieliłem drogą tępą tkankę łączną pokrywającą przednią powierzchnię kości krzyżowéj, poczem resekowałem samą kość krzyżową, a mianowicie od trzeciego lewego otworu łukowato aż do czwartego prawego otworu. Pospolicie używanem bywa do resekcyi téj grubéj kości dłuto i młotek i jakkolwiek nawet Hochenegg wyraża swe zdziwienie, iż Bardenheuer resekował kość krzyżową za pomocą nożyc kostnych, to jednak ja użyłem również bez wahania nożyc kostnych i uniknąłem w ten sposób drzazg kostnych, na które sam Hochenegg przy dłutowaniu się użala. Z chęcią przyznaję, że chora moja była w wyjątkowo młodym wieku i że w wieku późniejszym użycie nożyc kostnych napotyka na znaczniejsze trudności, z czem wszystkiem w mym przypadku nie miałem do czynienia. Po oddzieleniu kości i wyjęciu jéj zatamowano niezbyt znaczny krwotok kilkoma ligaturami i ukończono na tem pierwszy akt operacyi.

Po dokonaniu téj wstępnéj czynności przedstawił mi się istotnie imponujący obraz i tu dopiero ocenia się całą genijalność operacyi Kraskego, głównie z tego powodu, iż otrzymuje się tak dokładny i wygodny przystęp do *locus morbi*, jakiego sobie tylko w najidealniejszem słowa tego znaczeniu życzyć można! Widzi się w dnie rany odbytnicę okoloną periproktalną tkanką na przestrzeni około 8 centymetrów zu-

pełnie dokładnie, a część zajęta nowotworem odznacza się również wyraźnie znacznem obrzmieniem, przyczem za pomocą dotyku można z całą dokładnością odróżnić chorą część od zdrowéj. Obecnie nastąpił według mego zdania najtrudniejszy akt operacyi, mianowicie oddzielenia i wyłuszczenia schorzałego odcinka kiszki. Ponieważ w przypadku niniejszym *portio analis* była zupełnie zdrową, dla któréjto przyczyny postanowiłem sobie z góry założyć pierwotny obwodowy szew kiszkowy, więc oddzielałem kiszkę w okolicy tumoru po największej części tępą drogą za pomocą zwykłych zasuwek, przyczem ku pochwie szczególnie wielką ostrożność należało zachować, gdyż w miejscu tem zrosty nowotworu z sąsiedniemi częściami były nadzwyczaj ścisłe i rozległe. Mogłem, postępując za radą Bardenheuera (*Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge*, Nr. 298) ułatwić sobie ten akt przez wprowadzenie lewego palca wskazującego do *rectum*, przez co uzyskałbym tak bardzo pożądane wypuklenie tylnéj ściany odbytnicy; jednakże nie miałem odwagi narażać za pomocą tego manewru rany operacyjnéj na możliwość infekcyi. Po odłuszczeniu tedy kiszki w dolnéj partyi nowotworowéj aż do części zdrowéj, założyłem najpierw na dolny odcinek kiszki przeznaczonéj do resekcyi dren elastyczny i związałem takowy. Poniżéj téj podwiązki przeciąłem kiszkę poprzecznie i przystąpiłem do odłuszczenia górnéj granicy nowotworu. Odłuszczenie to wymagało licznych podwiązań broczących naczyń, z których znaczna część przed przecięciem podwójnie podwiązaną została. Po osiągnięciu górnéj granicy nowotworu i odłączeniu górnéj części kiszki tępą drogą została, że się tak wyrażę, mimowolnie otwarta jama otrzewny, poczem kiszka za miernem pociągnięciem wystąpiła w całéj pożądanej rozległości. Podwiązano takową powyżéj nowotworu również za pomocą drenu i przy ucisku, ze strony asystenta, środkowego światła kiszki dwoma palcami, przecięto poprzecznie powyżéj ligatury kiszkę i tym sposobem dokonano resekcyi kawałka kiszki z górą 10 centymetrów wynoszącego. Po starannem zatamowaniu krwotoku przystąpiono do 3-go aktu operacyi, mianowicie do zespojenia górnego zdrowego odcinku kiszki z nienaruszoną *portio analis* i jakkolwiek czynność ta zabrała nader wiele czasu, to jednak nie przedstawiało żadnych znaczniejszych technicznych trudności. Do założenia szwu kiszki wykonanego podług wiadomych reguł, użyłem cienkiego jedwabiu, przyczem szyłem dość gęsto i starannie, zaczynając zawsze w środku przedniéj peryferyi i symetrycznie umieszczając po obu stronach pojedyncze szwy dążyłem ku środkowi tylnéj peryferyi. Węzły większéj części szwów zrobiono ku światłu kiszki, a różnica grubości światła obu kawałków kiszki została w ten sposób wyrównaną, iż w górnym odcinku porobiono odpowiednio wypuklone fałdy. Po ukończeniu szwu kiszkowego założono jeszcze pewną ilość szwów na rozmaitych miejscach zewnętrznych warstw odbytnicy, mających na celu nadanie szwowi kiszki łączącemu większéj trwałości. Również i tu użyto nieco grubszego jedwabiu, a nie katgutu, a szwy pojedyncze nie przechodziły przez całą grubość ściany kiszki, aby nie wywołać przesączania się jéj treści w miejscach nakłucia. Ogółem założono około 60 szwów, toteż cały ten akt można było istotnie uważać za prawdziwą próbę cierpliwości ze strony operującego. Na tem ukończono rękoczyn, poczem po obu stronach zespojonéj kiszki włożono paski gazy jodoformowéj i wytamponowano całą ranę operacyjną gazą jodoformową. Do środka odbytnicy wprowadzono gruby dren owinięty gazą jodoformową aż poza szew kiszkowy i po zmniejszeniu zewnętrznéj rany kilkoma szwami skórnymi założono opatrunek okluzyjny i umocowano go szeroką opaską.

Cała operacyja trwała pół czwarta godziny, a wycieńczenie choréj utrzymywanéj ciągle w głębokiéj narkozie nie było z pewnością większe od wycieńczenia operatora i jego asystentów! Utrata krwi operowanéj nie była w żadnem stadyjum operacyi niepokojącą, gdyż wobec zupełnéj dostępności pola operacyjnego, można było każde broczące naczynie krwionośne szybko i z całą dokładnością podwiązać. W ten sposób została chora o dobrem tętnie i w zupełnie zadowalającym stanie przeniesiona do łóżka, a ja miałem to przekonanie, iż w tym przypadku przedsięwzięcie operacyi Kraskego mimo wątłéj budowy choréj nie było wcale ryzykownym krokiem.

Przebieg pooperacyjny przedstawiał się nader korzystnie.

Pierwszego wieczora po operacyi najwyższa ciepłota 37·6, następnego dnia z rana 37·4, wieczorem 37·5, odtąd ciepłota nie przekroczyła nigdy 37° C. Wymioty wystąpiły tylko 2 razy w dniu operacyi z powodu długotrwałéj narkozy; na żadne bóle chora się nie uskarżała. Pierwszy opatrunek zmieniono czwartego dnia po operacyi, przyczem ograniczyłem się do usunięcia zewnętrznych jego części, przesiąkniętych wydzieliną przyranną, nie naruszając wcale w głębi rany deponowanéj gazy jodoformowéj ani drenu w kiszce stolcowéj, który choréj wbrew memu oczekiwaniu żadnych nie sprawiał dolegliwości. Chora nie miała dotychczas stolca i została pouczona, aby parciu na stolec nie dawać folgi. Dopiero 8-go dnia po operacyi podano oléj rącznikowy i z niemałą obawą wyczekiwałem na skutek *eccoproticum* gdyż los szwu kiszkowego był dopiero po dobréj funkcyi kiszki zapewniony. Istotnie dostało mi się w udziele to zadowolenie, iż po dostatecznem wypróżnieniu i całkowitéj następowéj zmianie opatrunku, mogłem z przyjemnością stwierdzić że miejsce szwu było zupełnie nietknięte i że końce kiszki zupełnie się zrosły. Ranę wytampowano powtórnie, lecz już cokolwiek luźniéj gazą jodoformową, poczem co 5 dni zmieniano opatrunek. Jama rany zmniejszała się ustawicznie przy tem postępowaniu, jednakże dopiero w połowie lutego, a więc w jedenaście tygodni, opuściła chora zupełnie uleczona mój zakład.

W każdym razie jest nader pouczającem przypatrzyć się obecnie jak nieznaczne ślady pozostawił po sobie tak olbrzymi zabieg chirurgiczny: obecnie widzi się bliznę szerokości kilku milimetrów o łukowatym kształcie w okolicy kości krzyżowéj, a cały ubytek po oddłutowanéj kości został tak pięknie wypełniony twardą masą, że nie widać w tem miejscu żadnego zagłębienia i tylko na miejscu usuniętéj kości ogonowéj wciąga się blizna nieco ku wewnątrz.

Badanie drobnowidowe wyłuszczonego nowotworu potwierdziło rozpoznanie raka, a badanie chorej na dniu dzisiejszym (to jest 31 maja) stwierdziło zupełnie zadowalający stan miejscowy i ogólny pacyjentki.

Kończąc mój skromny przyczynek do kazuistyki operacyi Kraskego, chciałbym zwrócić jeszcze uwagę szanownych kolegów na nader ważny moment praktyczny, którego słuszność i doniosłość każdy praktyczny chirurg łatwo pojmie, a który już tak często bez wszelkiego skutku poruszano. Jak najstaranniéj każdy lekarz różnemi wziernikami wybadać się stara stan cierpiącego narządu i nikt nie szczędzi trudu, w naocznym zbadaniu krtani, pochwy, pęcherza itd., jedynie odbytnicę ciągle się jeszcze po macoszemu traktuje w praktyce i mimo szczególnie łatwéj i mało czasu zajmującéj indagacyi zazwyczaj ją się pomija, mimo, że wyraźne skargi chorego łatwo na siedzibę choroby w odbytnicy naprowadzićby mogły. To też zazwyczaj raka odbytnicy w nader późnym okresie rozwoju się rozpoznaje, a tym sposobem i możność pomocy przez operacyję w wielu przypadkach wykluczoną zostaje. Pozwalam sobie zatem przy téj sposobności zwrócić uwagę szanownych kolegów na wielką doniosłość wczesnych badań odbytnicy w odpowiednich przypadkach, albowiem podług mego doświadczenia w naszych okolicach rak odbytnicy nie do rzadkich należy chorób.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 5 marca 1890 roku.

Przewodniczący: kol. Mars. Obecnych członków 33.

1. Prezes poświęca kilka słów wspomnienia dla uczczenia pamięci zmarłych koll. Dra Lutostańskiego i Dra Radka, zawiadamiając, że reprezentował Tow. lekars. na pogrzebie obu i złożył wieńce od Towarzystwa na ich trumnie. Obecni przez powstanie oddają cześć zmarłym.

2. Jednomyślnie przyjęto na czynnego członka Towarzystwa przez komitet przedstawionego Dra Kurasiewicza.

3. Kol. Browicz przedstawia preparaty ciałek krwi czerwonych u choréj dotkniętéj ciężką żółtaczką, gdzie obok *poikilocytosis* niektóre ciałka okazują ruch wirowy i postępujący. Zdają się to być twory analogiczne do opisanych w ostatnich czasach przez Hayema i Klebsa u chorych już to z ciężką niedokrewnością, już to z influenzą.

Następnie tenże okazuje część trzew brzusznych u choréj przedstawionéj 20/3 1889 w Towarzystwie, u któréj wykonano potrójną laparotomiję. Pierwszy raz wykonał ją w r. 1887 w sierpniu z powodu niedrożności jelit prof. Obaliński. Stwierdziwszy jednak po otwarciu jamy brzusznej guz w ścianach kiszki ślepéj, jak przypuszczał, nowotworowy, odstąpił od zamiaru radykalnego zabiegu, a założył tylko rzyć *praeter naturam*. Gdy jednak wśród obserwacyi guz zniknął prawie zupełnie, a kał począł odchodzić drogą naturalną, porzucił myśl nowotworu, przypuszczając pomyłkę w rozpoznaniu. Późniéj na choréj w klinice chirurgicznéj robiono powtórną laparotomiję w celu zamknięcia przetoki kałowéj, kol. Rydygier jednak stwierdziwszy guz znaczny, odstąpił od dalszego zabiegu i zaszył ranę. Gdy atoli chora bezwzględnie domagała się usunięcia przetoki, otworzył raz trzeci jamę brzuszną i dokonał ileokolostomii, a następnie przedstawił w Towarzystwie chorą, która poczęła tyć i czuć się zdrową mimo pozostawienia guza nowotworowego. Obecnie na jelitach można stwierdzić, że sprawą tu się toczącą nie był nowotwór, lecz gruźlica kiszki ślepéj, zkąd wyszła gruźlica prosówkowa, głównie w wątrobie bardzo silnie usadowiona.

4. Kol. Surzycki wygłosił spostrzeżenia kliniczne o działaniu pyrodiny w chorobach gorączkowych, opisując przy tem przypadek zatrucia pyrodiną u choréj durowéj, u któréj po wyżyciu 1·2 gr. pyrodiny w 10 dni wystąpiła hemoglobinuryja, żółtaczka i wymioty. Przypadek ten w ogóle nakazuje ostrożność wielką co do tego środka.

5. Nastąpiła bardzo ożywiona dyskusyja nad ostatnią epidemiją influenzy. Kol. Ponikło zebrał daty co do wieku chorych na influenzę. Kol. Zaremba charakteryzował liczne przez siebie spostrzegane przypadki, w których znacznéj części śledziona bywała powiększona, a chinina działała prawie swoisto, skracając trwanie choroby. Kol. Podgórski zestawił obserwowane przypadki w szpitalu i podał cyfry zapalenia płuc dławcowego w ostatnich 10 latach, a w roku bieżącym wraz z śmiertelnością. Kol. Ponikło i prelegent mimo pilnego zwracania uwagi nie znachodzili powiększenia śledziony. W dalszéj dyskusyi zabierali głos koll. Surzycki, Obaliński, Domański, Lustgarten, Porębowicz, Filipkiewicz, Kohn i inni.

Sekretarz: *Dr. Czesław Podgórski.*

V. Sprawozdanie z II-go Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie.

(*dzień 2-gi 16 lipca 1890 r.*).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

Wykład IX. Kol. Bossowski: „Przypadek tętniaka tętnicy szyjnéj wewnętrznéj", operowany przez siebie przed tygodniem (z przedstawieniem chorych).

Chociaż ucisk możnaby było zastosować, używszy opatrunku Mikulicza, to jednak *tuto, cito et iucunde*, jakkolwiek zasada ta wymaga noża, zastosowano przy operacyi sposób Antylusa, bo nawet uciskowi przeszkadzałyby i nerwy. Od 4 lat chora zauważyła guz, który od lat 2 zaczął wzrastać. Guz wielkości orzecha włoskiego, tętniący wyraźnie, dawał się przy badaniu wykazać, a z umiejscowienia przypuszczano, że tętniak wychodzi z podziału *carotis communis*. Operacyję miało stanowić podwiązanie do i odprowadzającego końca tętnicy, co też tydzień temu podjęto. Według Coopera odsłonięto mięsień mostko-sutko obojczykowy i podwiązano tętnicę dogłowową wspólną. Okazało się, że tętniak wychodzi z *carotis interna*, a powodem powstania jest rozległa miażdżyca, którą dziś jeszcze w postaci zwapniałéj blaszki, na pięknym okazanym preparacie okazać można. Prelegent okazuje chorą, zdejmuje jéj opatrunek; rana zagojona *per primam*, a ładny wynik operacyi przemawia za metodą Antylusa.

Nad oboma wykładami toczyła się dyskusyja.

Kol. Berger twierdzi, że w przypadku I. przedstawionym przez kol. Ziembickiego, można prawie na pewne myśleć, że w czas jakiś, naturalnie dłuższy, po podwiązaniu tętnicy *femoralis* wynik będzie dobry.

Kol. Ciechomski przytacza przypadek, gdzie operowano w przypadku tętniaka szyjnego, wypełnionego skrzepami; krwotok był niewielki, a po wydaleniu skrzepów powstał tak nagle, iż musiano zaraz przystąpić do podwiązania tętnic.

Kol. Obaliński przemawia za każdorazowem wyłuszczaniem tętniaka, gdyż po niem zawsze widział dobry skutek.

Kol. Gross jest przeciwnego zdania i sądzi, że wystarczy podwiązać tętnice, worek rozciąć i wytamponować.

Daléj zabierali głos kol.: Trzebicky, Obaliński, Bogdanik, Gross i Ziembicki, a ten ostatni za wyłuszczeniem, z wyjątkiem tętniaków na szyi, gdyż podwiązanie tak ważnych tętnic może sprowadzić zaburzenia w odżywieniu mózgu, ucisk zaś jest środkiem w tym wypadku choć mniéj dobrym, jednak łagodniejszym.

Kol. Rydygier zgadza się pod pewnym względem z kol. Ziembickim, lecz co do przypadku kol. Bossowskiego nadmienia, że tętniak ten uważano z początku za *aneurysma carotidis externae* i dla tego przystąpiono do wyłuszczenia, co na szczęście nie pociągnęło za sobą żadnych poważniejszych zaburzeń ze strony mózgu. W końcu prosi kol. Jasińskiego o tymczasowe zastąpienie go w przewodniczeniu obradom zjazdu.

Wykład X. Kol. Szuman mówi o „leczeniu ciąży zewnątrzmacicznéj i wskazaniach operacyjnych przy takowéj." Prelegent przytacza trzy spostrzeżenia z własnéj praktyki:

1. Ciąża zewnątrzmaciczna. Krwistek zamaciczny. Laparotomija po 4 miesiącach życia płodowego. Niemożliwość wydobycia płodu z powodu obszernych i silnych zrostów z kiszkami, pokrywającemi zupełnie worek płodowy. Późniéj cięcie przez pochwę, wydobycie i wypłukanie zmiękłego płodu kawałkami. Wyzdrowienie zupełne.

2. Ciąża zewnątrzmaciczna. Po 3 miesiącach krwisteki wewnątrzbrzuszne ogromnych rozmiarów. Zropienie zawartości worka płodowego. Przecięcie przez pochwę. Odsączenie niedostateczne. Nowe cięcia pochwowe i brzuszne. Zagojenie zupełne, lecz powolne.

3. Ciąża ektopiczna w lewym nierozwiniętym rogu macicy (lub ciąża śródścienna, *grav. interstitialis sin.* (?). Wyłyżeczkowanie płodu wraz z łożyskiem i błonami płodowemi przez macicę otwartą i próżną. Wyzdrowienie szybkie.

S. zwraca uwagę, że leczenie operacyjne ciąży zewnątrzmacicznéj zrobiło ogromne postępy w ostatnich 5—6 latach od czasu ważnych prac Veita, Wertha, Lawsona-Taita i wielu innych zasłużonych na tem polu autorów. Następnie omawia autor leczenie ciąży zewnątrzmacicznéj w pierwszych miesiącach życia płodowego za pomocą galwanizacyi i faradyzacyi (w celu zabicia zewnątrzmacicznego płodu i resorbcyi tegoż wraz z workiem płodowym), używanéj w ostatnim dziesiątku lat z tak dobrym skutkiem w Ameryce, a pochodzącéj od Włocha Bachettiego. Autor zwraca uwagę, że inne leczenie należy stosować w pierwszych miesiącach ciąży ektopicznego (pozamiejscowego, t. j. po za miejscem właściwem umieszczonego) płodu, inne po krwistekach w pierwszych miesiącach, inne w ostatnich tygodniach przed prawidłowym porodem wobec żyjącego płodu i inne wreszcie po obumarciu płodu w ostatnich miesiącach życia płodowego wobec rozwiniętych już i twardych kości i stopniu rozwoju nie zdolnym już do zaniku przez resorbcyję ze strony otrzewny matczynéj. Rozebrawszy szczegółowo te wszystkie możliwości i zestawiwszy statystycznie odpowiednie rezultaty lecznicze i operacyjne z literatury aż do ubiegłego półrocza 1890 r. włącznie, dochodzi do następujących wniosków:

1. W pierwszych miesiącach życia płodowego pozamacicznego należałoby spróbować elektryzowania (bez punkcyi i bez galwanopunktury). 2. Jeżeliby takowa pozostała bez skutku, zrobić lub zalecić wtedy (przed pęknięciem worka płodowego) operacyję Veita, t. j. laparotomiję wczesną poprzedniczą (*laparo-kelyphoectomia* lub *laparo-salpingoectomia abortiva primaria*). 3. Przy ciąży ektopicznéj (w macicy dwurożnéj w nierozwiniętym rogu lub w części trąbki przy-

macicznéj) z macicy dostępnéj spróbować wyłyżeczkowania płodu przez macicę (tak jak autor w przypadku III) z zachowaniem należytych ostrożności. 4. W razie objawów pęknięcia worka płodowego łagodnie przebiegających i nie grożących życiu, należy chorą zatrzymać w łóżku i leczyć wyczekująco (lód, opijum, dyjeta, spokój), jeżeli płód daléj nie rośnie i jeżeli groźniejsze krwotoki zapalenia itp. się nie pojawiają. 5. Jeżeli te ostatnie objawy się okazują, t. j. albo płód mimo pęknięcia worka płodowego rośnie, albo powstają śmiercią grożące krwiotoki i krwisteki i zapalenia, należy usunąć radykalnie przyczynę choroby i wykonać laparotomiję wczesną następczą *laparokelypho- vel laparosalpingoectomia abortiva secundaria*). 6. Jeżeli płód jest bliskim donoszenia i żywym w chwili, gdy nam się chora przedstawiła, wtedy krótko przed porodem możemy wykonać laparotomiję późną poprzednią, t. j. poprzedzającą śmierć donoszonego płodu (*laparokelyphoectomia* lub *laparokelyphotomia serotina primaria*), albo 7. Przeczekać 8—10 tygodni po obumarciu płodu i zrobić operacyję późną następczą (*operatio serotina secundaria*), któréj istnieje bardzo wiele postaci i stosownie do tego, czy przez brzuch, czy przez pochwę, czy przez kiszkę odchodową itp. płód wydobywamy.

Wszystkie te postacie mają w poszczególnych razach uprawnienie, jak to autor na statystyce Żmigrodzkiego i własnéj wykazuje. Typową operacyją jest cięcie brzuszne z wycięciem całego worka płodowego (*laparokelyphoectomia serotina secund.*), lecz są wypadki, gdzie laparotomija jest wprost przeciwwskazaną, a cięcie przez pochwę, lub rozszerzenie istniejących przetok najwłaściwszem. 8. Wyczekująco się zachować dłuższy czas niż w Nrze 7 po śmierci płodu w nadziei zwapnienia tegoż tylko wtedy wolno lekarzowi, jeżeli matka nie ma żadnych ztąd dolegliwości. Jeżeli zwapnienie (*lithopaedion*) nie następuje, wtedy choć i bez groźnych objawów lepiéj jest wczas operować, niż czekać sposoczenia zawartości worka płodowego.

W dyskusyi zabierają głos najprzód kol. Madurowicz, który twierdzi, iż jest trudno zdecydować się robić laparotomiję, gdyż łatwo możemy mieć krwotok do zatoki Duglasa, a u choréj i tak wycieńczonéj, rzecz naturalna, trudnym jest ten zabieg.

Kol. Czaplicki wspomina, że wypadek jego nie podchodzi w rachubę wyliczonych przez kol. Szumana. Tu w 17-ym miesiącu ciąży po zrobieniu obrotu wydobyto płód przez odbytnicę. W 8-ym miesiącu ciąży zgłosiła się chora tak wycieńczona, że przy laparotomii byłaby z pewnością zginęła. Kiedy się bóle wzmogły, zalecano laparotomiję, lecz téj kol C. robić nie chciał, bo myślał i słusznie, że płód jest w zatoce Duglasa. Po nad zwieraczem dał się wyczuwać otwór, a w nim stercząca główka. Zrobiwszy obrót, rozciął części miękkie do kości ogonowéj, główka jeszcze została i po kawałku kleszczami kostnemi resztę płodu wydobył. Zgadza się więc z kol. Madurowiczem, a ten ostatni przytacza dwa analogiczne przypadki.

Daléj mówił kol. Mars i kol. Szuman, broniąc zdań swoich.

Wykład XI. Kol. Rydygier: „O wycinaniu macicy.“ Rak macicy należy do najczęstszych chorób, stąd nasuwa się pytanie, jaki sposób leczenia jego jest najlepszy? Powszechnie według umiejscowienia rozróżnia się raka szyjki i raka saméj macicy. Rozpoznanie początków choroby jest bardzo trudne i trzeba się uciekać do mikroskopu. Daléj idzie o to, czy trzeba przystąpić do wczesnéj operacyi, gdyż zupełne wyleczenie jest tylko możliwe we wczesnych okresach. Z przypadków Schrödera i Martina wynika, że rak macicy uleczalnym być może, stąd obowiązek szybkiego rozpoznania i szybkiéj operacyi. Jeśli się ma do czynienia z *carcinoma corporis uteri*, to najlepiéj wyciąć całą macicę. Wobec rakowca części pochwowéj Schröder radzi robić amputacyję i twierdzi, że takowy nie przechodzi nigdy na trzon, a więc wycinanie macicy jako zabieg bardzo niebezpieczny, pozbawiający tak ważnego narządu, jest przeciwwskazany. Kol. Rydygier jest zdania zupełnie przeciwnego, uważa bowiem rakowiec części pochwowéj z doświadczenia za chorobę nie lokalizującą się tak ściśle, więc wobec tego należy wycinać jaknajdalej od granic nowotworu, w częściach zupełnie zdrowych a operując radykalnie raka, wyciąć całą macicę nawet w przypadku, o którym mowa. Że tak jest i że operacyja ta wycięcia całej macicy nie jest tak niebezpieczną, jak podają niemieccy autorowie, przemawia zatem statystyka Matlakowskiego, który na 23 przypadków nie miał ani jednego przy wypadku śmierci, prelegent zaś, operując 4 razy metodą Freunda a 16 razy swoją, miał tylko dwa przypadki z zejściem śmiertelnem, piewszy u chorej, gdzie rak tak dalece się rozszerzył i zniszczył macicę, że takowa była kruchą i trzeba było lewą ręką trzon napychać, a prawą całość wyciągać. Wskutek tej manipulacyi, musiało się dostać kilka kropel ropy do trąbek, co sprowadziło zakażenie i śmierć. II-go przypadku śmierci już nie można kłaść na karb samej operacyi. Tu w ranę wsunęły się jelita, wsadzono gazę, której potem nie można było odnaleść. Sądząc, że się takowa otorbi, zdecydowano się nie szukać jej wcale. Chora przez tydzień miała się dobrze, a po tygodniu zaczęło się wydobywać trochę ropy. W 5 tygodni potem, przy przepłukiwaniu pochwy, wydobyto zropiałą gazę, niestety na drugi dzień nastąpiła ropnica i zejście śmiertelne. Ze statystyki dalej w wykładzie przytoczonej, widzieć można, że zaledwie 5% jest śmiertelności, łatwość operacyi dość znaczna, tak, że tylko polecić ją można. Na zakończenie kol. Rydygier okazuje książkę nieznanego autora, jakiegoś anatoma, który już w roku 1500 dokonał wycięcia macicy z dobrym skutkiem. Dalej okazuje preparat kol. Marsa i Krokiewicza, wyciętéj przez siebie macicy, w czwartym miesiącu ciąży.

Kol. Sawicki zwraca uwagę na konieczność sondowania macicy przed operacyją, przytacza swój przypadek, gdzie nie sondował, a podczas operacyi wylała się ropa, więc dopiero wtenczas dowiedział się o posocznicy. Również zwraca uwagę na nadęcie kiszek, po wycięciu macicy. Kol. Bogdanik, jak i poprzedni uważają operacyją tę za łatwą, nie uważa jednak za konieczne, robić ją w przypadkach raka, gdyż w 2 przypadkach robionego przez siebie odcięcia części pochwowej nawet po 2 latach nie widział nawrotu; kol. Ciechomski, zaleca zastosowanie przy wycięciu Riecbelota, gdyż uważa, że okres gojenia w 5 przypadkach, jakie spostrzegał był szybszy niż po podwiązaniu, rana zaciągała się szybko i pewnie. Kol. Wehr wspomina o 30 przypadkach tejże operacyi we Lwowie, z których sam operował dwa, z których jeden umarł mu z powodu nawrotu, drugi zakończył się dobrze.

Kol. Madurowicz nadmienia, że gdzie mniejsza operacyja ma ten sam skutek, co większa, to tam nie należy pozbawiać takiego narządu, co jak wiadomo częstokroć sprowadza zboczenie umysłowe w postaci zadumy. Chirurdzy w innych rzeczach są tak konserwatywni, a w tem nie zgadzają się ze swemi zasadami, zaraz zabierają się do operacyi, bo są przyjazne stosunki, i stąd ta świetna statystyka. Wszak są przypadki choroby miejscowej, które nie wymagają wyłuszczenia całkowitego, tem bardziéj, że to wpływa deprymująco na chorą. Kol. Madurowicz jest tedy zdania, że wobec raka szyjki wystarczy wycinać takową w postaci klina w zdrowych częściach. Kol. Barącz operował 2 przypadki, z powodu uchwycenia w ligaturę moczowodu. Kol. Wehr, opierając się na doświadczeniach Heidenhaina i Kol. Hempla, jest za całkowitem wycinaniem macicy. W końcu dyskusyi zabiera głos Kol. Rydygier stając na stanowisku wypowiedzianem w wykładzie i jeszcze raz broniąc takowego. Na tem zakończono II. poranne posiedzenie zjazdu.

Posiedzenie popołudniowe w sali wykładowéj prof. Cybulskiego.

Wykład XII. Kol. Beck: „Oznaczenie lokalizacyi czynności kory mózgowéj na podstawie zjawisk elektrycznych w mózgu.“

Przyczyna, dla któréj w téj sprawie głos zabierano, to chęć zyskania pomocy chirurgów, gdyż im zdarza się tak często sposobność odsłoniania kory mózgowéj i możność robienia doświadczeń na niéj. Jeżeli za pomocą dobrego przewodnika elektryczności połączymy przekrój poprzeczny nerwu lub mię-

śnia z powierzchnią nieuszkodzoną, to w łączniku za pomocą odpowiednich przyrządów możemy wykazać istnienie prądu, który nosi nazwę prądu spoczynkowego, w odróżnieniu od prądu czynnościowego, który powstaje ilekroć nerw lub mięsień wprawimy w stan czynny. Przyczyną powstawania prądu spoczynkowego jest pojawianie się napięcia elektroujemnego w miejscu uszkodzenia nerwu lub mięśnia, a dla prądu czynnościowego punktem wyjścia jest napięcie elektroujemne w miejscu, gdzie powstaje stan czynny. Wychodząc więc ze stanowiska, że wszędzie tam, gdzie powstaje stan czynny w mięśniu, nerwie, gruczole, pojawia się napięcie elektroujemne, kol. Beck starał się przekonać, czy i w układzie nerwowym środkowym powstaje prąd spoczynkowy i czynnościowy i czy na podstawie oznaczenia kierunku tego prądu będzie można wykazać, które ośrodki przeszły w stan czynny. Początkowe doświadczenia robiono na żabach, następne zaś na zwierzętach ciepłokrwistych. Doświadczenia te wykazały w istocie, że przy drażnieniu oka światłem zjawia się napięcie elektroujemne w płacie potylicznym kory, przy drażnieniu ucha w płacie skroniowym itd. i w ten sposób można oznaczyć lokalizacyję czynności kory. Doświadczenie zostało powtórzonem przed słuchającymi i udało się bardzo pięknie. Wychylenia igły w galwanometrze pokazywano za pomocą projekcyi na ekranie. Kol. Cybulski usprawiedliwia jeszcze raz, dla czego wykład ten w gronie chirurgów wygłoszono.

Wykład XIII. Kol. Sawicki: „Przyczynek do nauki o krwawych torbielach szyi.“ Do rzędu słabo opracowanych działów chirurgii należą torbiele szyi; to też przytacza dwa przypadki przez siebie spostrzegane, które wszystkich zainteresowały. Pierwszy chory był to człowiek liczący lat 53, cierpiący od dawna na zawroty głowy i skłonność do zemdleń, a przed 5 laty zauważył guz wielkości jabłka po lewéj stronie szyi, który się szybko powiększał, sprawiał bóle i zmusił chorego do szukania pomocy. Strzykawka Pravatza wydobyła wówczas płyn krwawy. Zalecono choremu operacyję, ten na nią się nie zgodził, wyszedł z zakładu na to, aby po raz drugi się zgłosić i znowu przed operacyją uciekać. Przyrządem Potina wyciągnięto kilka naczyń owego płynu krwawego, założono ucisk Mikulicza; bolesność była tak wielką i guz zaczął wzrastać, że ucisku zaniechać musiano. Po jakimś czasie guz się sam zmniejszył, a obecnie chory ma się dobrze. Podobny do poprzedniego przypadek spostrzegał kol. Sawicki u 23 letniego wieśniaka, chorego kol. Leszczyńskiego. Znowu powtórzyła się ta sama historyja co z chorym pierwszym, guz wzrastał, to znowu znikał, a chory z tryjumfem odchodził, że uniknął operacyi, ze smutkiem wracał widząc, że guz na nowo powstaje. Dla pełności obrazu brak tu badań anatomo-patologicznych. Można tylko przypuścić, że mamy tu do czynienia z torbielami, którym dało początek zboczenie w rozwoju gruczołów chłonnych i towarzyszących im naczyń. Byłyby to więc przypadki analogiczne z opisanym niedawno przez Beiera, a niniejsze przypuszczenie potwierdza niejako ta okoliczność, że w I. opisanym przypadku rzeczywiście nad obojczykiem wyczuwamy wyraźnie gruczołowatą, siatkowatą tkankę, nadto umiejscowienie guzów przemawiałoby za tem.

Kol. Szuman w dyskusyi opisuje podobny przypadek u człowieka starszego, II. przypadek, który operował, wskazuje na etyjologiję podaną przez prelegenta, gdyż w takowym znaleziono limfę. Kol. Midowicz przytacza także przez siebie spostrzegany przypadek torbiela krwawego w okolicy ramienia.

Wykład XIV. Kol. Berger: „Nowy sposób operowania polipów nosopołykowych“ Już w zeszłym roku podał sposób operowania polipów cięciem pionowem wzdłuż nosa, oddzielając przyczep wargi od wyrostków zębowych, a obecnie idąc za przykładem Königa, który radzi otwierać nozdrze w linii środkowéj ku górze i wprowadzoną łyżką oderwać nasadę, kol. Berger skombinował metodę Königa z metodą inną, co można było zastosować bez narkozy, a wyniki jakie otrzymał, zachęcają go do dalszego stosowania.

W dyskusyi zabierali głos kol. Obaliński, zalecając metodę Brunsa, która ma dawać bardzo dobry przystęp i nie jest trudną. Kol. Kijewski sądzi, że wystarczy jama ustna i nosowa, aby wydostać nawet wielkie polipy, a przedwstępna operacyja nie jest tu wcale potrzebną, chyba w przypadkach, gdzie chodzi o zajęcie kości. Na dowód przytacza historyję chorego przez siebie operowanego. Kol. Szuman popiera kol Kijewskiego. Daléj zabierają głos kol. Obaliński, Bossowski, Kijewski, Berger, podnosząc wady i zalety metod Gussenbauera, Brunsa, Königa i innych. Kol. Ziembicki przewodniczy dalszym obradom. (C. d. n.)

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków.** dnia 31-go lipca. Od prof. Obalińskiego otrzymujemy następujące sprostowanie:

W sprawozdaniu z II. zjazdu chir. pols. w Nrze 30-tym z 26-go lipca, str. 437, 1 szpalta, jest dyskusyja moja mylnie przedstawioną; ustęp ten brzmiał jak następuje: „kol. O. przypomina, że już przed 20 laty używano przy próchnieniu kości wstrzykiwań środków żrących (kol. Villati), a w ostatnich czasach wrócono do nich w klinice Alberta (Kolischer) jednak i o tych, pomimo chwilowego rozgłosu zapomniano. Po balsamie peruwiańskim zauważał O. reakcyją silniejszą i bolesność znaczną. Ze wszystkich proponowanych środków utrzymał się tylko jodoform, którego O. używa w ostatnich czasach w roczczynie eteru; ten bowiem ulatniając się pozostawia delikatną powłokę jodoformową sięgającą w najmniejsze uchyłki i zatoki rany operacyjnéj“.

Ponieważ w wydrukowanym ustępie znajdują mylne podania, których nie powiedziałem i powiedzieć nie mogłem, przeto proszę o łaskawe sprostowanie.

* Zjazd lekarski w Berlinie zapowiada się wcale okazale tak pod względem rozpraw naukowych i wybitnych osobistości lekarskich, które wezmą udział, jakoteż pod względem liczby uczestników. Przygotowania czynią w Berlinie na 2000 obcych lekarzy. Z Krakowa podążą na zjazd między innymi Drowie prof. Browicz, fizyk Buszek, prof. Gluziński, dr. Karpiński, prof. Łazarski, dr. Łepkowski, prof. Pieniążek, dr. Szymkiewicz, prof. Teichmann i doc. Trzebicky. Otwarcie wystawy lekarskiéj nastąpi dnia 2-go b. m., otwarcie samego zjazdu dnia 4-go (w poniedziałek) o godz. 11-téj przedpołudniem. Obrady zakończą się uroczystem posiedzeniem w sobotę d. 9-go b. m. Prof. Rydygier podąży do Berlina z Sobót, gdzie obecnie bawi.

* Na ostatniem posiedzeniu Najwyższéj Rady Zdrowia zastanawiano się nad epidemiją cholery w Hiszpanii i Małéj Azyi i nad zaopatrzeniem w wodę przedmieść miasta Wiednia. Na wniosek referenta prof. Grubera postanowiono dążyć do założenia państwowego zakładu krowiankowego. Wkońcu roztrząsano sprawę połączenia miasta Wiednia z przedmieściami pod względem policyjno-sanitarnym.

* Krajowa Rada zdrowia odbyła dnia 15-go lipca b. r. dwunaste posiedzenie, na którem następujące sprawy stanowiły przedmiot rozpraw: 1) wydano opiniję w sprawie nadania koncesyi na aptekę w Makowie (pow. myślenicki). 2) Wyrażono opiniję w sprawie utworzenia lecznicy w Myślenicach. 3) Poczyniono odpowiednie wnioski co do nadzoru lekarskiego w szpitalach Sióstr Miłosierdzia. 4) Wydano opiniję co do kierownictwa zakładu inhalacyjnego w Szczawnicy. 5) Uchwalono szkice na wzorowe szpitale prowincyjonalne. 6) Wyrażono opiniję w sprawie szkiców na wzorowe szpitale prowincyjonalne, przedłożonych przez Wydział krajowy.

* C. k. Namiestnictwo we Lwowie rozesłało okólnik w sprawie tajnego leku, zwanego *Oleum Baunscheidtii*, który dostawał się z po za granic państwa wraz z przyrządem zwanym *Lebenswecker* jako oléj maszynowy.

* Według wiadomości nadchodzących z Kopenhagi szerzy się influenza gwałtownie w Islandyi. Ludność zaniepokojona w wysokim stopniu, zwłaszcza, że wśród dawniejszych epidemij śmiertelność bywała tak znaczną jak z cholery w innych krajach.

* Ruch kąpielowy. Do dnia 24-go lipca bawiło w Cieplicach czeskich osób 4869. W Szczawnicy do dnia 14-go lipca osób 2250. W Krynicy do dnia 21-go lipca osób 2829.

* **Budapeszt.** Senat sądowo-lekarski, o urządzeniu którego w swoim czasie wspomnieliśmy, wejdzie w życie w miesiącu sierpniu, a prezesem jego ma być mianowany prof. Kovacs.

* **Paryż.** Pod przewodnictwem Fourniera ukonstytuował się komitet, zbierający składki na pomnik dla Ricorda, stanąć mający w *Hôpitel du midi.* Syfiliologów austro-węgierskich reprezentuje w tym komitecie prof. Kaposi.

* **Mianowania i odznaczenia.** Cesarz nadał lekarzowi przybocznemu radcy dworu Widerhoferowi w uznaniu znakomitych usług, oddanych Arcyks. Maryi Waleryi, godność barona.

* **Wiadomości uniwersyteckie.** Prof. okulistyki w Marburgu Schmidt-Rimpler powołany został do Gietyngi, a prof. Leber z Gietyngi do Heidelberga. **Insbruck.** Dr. Torggler habilitował się jako docent położnictwa i ginekologii.

* **Nekrologija.** W Londynie umarł b. profesor anatomii porównawczéj Wilhelm Parker, najznakomitszy mikroskopista angielski. — W Poznaniu umarł Dr. Jan Rymarkiewicz.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 30: Klejna: Przyczynek do patologii białaczki wrzekoméj; Zweigbauma: O stosowaniu elektryczności w ginekologii (c. d.); Matlakowskiego: Zestawienie 25 przyp. otwarcia jamy brzusznéj (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 30: Tetza: Stosowanie salicylanu sodowego przy surowiczem zapaleniu opłucnéj.

Redakcyja otrzymała:

Prof. E. HOFMANN: Lehrbuch d. gerichtlichen Medicin, V. vermehrte u. verbess. Auflage, Erste Helfte (arkusz 1—30), Wien und Leipzig, Urban u. Schwarzenberg 1890. — Ueber Feuerbestattung von Prof. Dr. GOPPELSROEDER, Mühlhausen im Els. 1890, in 8-vo str. 108, z 5 rycinami w tekście. — Wł. ŚWIĄTECKI: Rzadki przyp. b. rozległéj rozedmy podskórnéj powstałéj na tle gruźl. płuc (odbitka z *Gazety Lek.* 1890) in 8-vo str. 8. — Dr. J. KARLINSKI w Stolacu: Zur Kenntniss d. Tenacität d. Choleravibrionen.

W zastępstwie Redaktora odpowiedzialnego: **Dr. I. Schaitter.**

L. 245.

KONKURS.

Przy c. k. Zarządzie salinarnym w Kaczyce (Bukowina) jest do obsadzenia posada lekarza salinarnego Dra wszech nauk lekarskich za rocznem wynagrodzeniem ze strony

c. k. skarbu salinarnego	520 fl.
bractwa „	100 fl.
99—3—3	620 fl.

Emerytowanym lekarzom wojskowym przysługuje pierwszeństwo.

Podania ze załącznikami należy wnieść do c. k. Zarządu salinarnego w Kaczyce najdalej do dnia 10 Sierpnia b. r.

C. k. Zarząd salinarny.

Kaczyka, dnia 8 Lipca 1890.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.